

TRÁMITE N°

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombres: Afiliado N°

Documento DNI: CUIL:

Fecha de Nacimiento:

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Conviviente Divorciado/a

Domicilio: Localidad:

CP: Provincia: Teléfono:

Categoría:

DATOS LABORALES

Puesto de trabajo: Fecha de Ingreso:

Turno habitual: Fijo Rotativo

Horario habitual - Lun a Vie: de a Sábado: de a

Domingo: de a Feriados: de a

Obra Social: ART:

DATOS DEL CONSORCIO EMPLEADOR

Razón Social: CUIT :

Domicilio: CP:

Localidad: Provincia:

Asimismo, a los efectos de las comunicaciones que podrían corresponder en el marco del siniestro, el empleador constituye domicilio electrónico en la casilla de correo donde serán válidas y vinculantes las notificaciones que se cursen.

DATOS DE LA ADMINISTRACIÓN

Administración o Administrador: CUIT / DNI N°

Representante o Apoderado:

Teléfono: E-mail:

Domicilio:

DOCUMENTACIÓN

Copia de Acta de Asamblea con designación y/o participación de la administración (no mayor a 12 meses de vigencia)

COBERTURA A DENUNCIAR

BENEFICIO POR CUIDADOS DE FAMILIAR

Datos del familiar afectado

DNI Apellido y Nombre:

Vínculo:

Diagnóstico:

Plazo de reposo según certificado que adjunta

Plazo:

Importe abonado en concepto de licencia por cuidado familiar

Importe:

BENEFICIOS POR PATERNIDAD, ADOPCIÓN Y CUIDADOS DE FAMILIAR
DECLARACIÓN:
FIRMA DEL ADMINISTRADOR:

Seleccionar Tipo de Vínculo

Hijo/a Cónyuge Conviviente

Fecha de nacimiento: _____

Días de licencia de 1 a 10 días _____

Fecha de emisión del certificado médico: _____

Institución interviniente: _____

Profesional que prescribe licencia: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de inicio de reposo: _____

Fecha de Fin de reposo: _____

Documentación

- 1 Documento que acredita el vínculo con el familiar enfermo o accidentado:
(Acta de nacimiento - Certificado de matrimonio - Acta de convivencia)
- 2 Si el familiar es hijo mayor discapacitado; certificado de discapacidad.
- 3 Certificados médicos que acrediten enfermedad y/o accidente del familiar afectado durante el período denunciado.
- 4 Recibos de sueldo con el detalle de los períodos en los cuales se haya liquidado la licencia, y los correspondientes a los últimos 6 meses anteriores a la fecha de inicio del goce de licencia.

BENEFICIO POR PATERNIDAD

Datos del nacido

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de licencia, desde : _____ hasta: _____

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Importe abonado en concepto de licencia por paternidad

Importe: _____

Documentación

- 1 Acta de nacimiento legalizada.
- 2 Recibos de sueldo de los períodos en los cuales se haya liquidado la licencia y esta se encuentre detallada en los mismos y los correspondientes a los 6 meses anteriores a la fecha de inicio de goce de licencia.

BENEFICIO POR ADOPCIÓN

Fecha de adopción _____

Datos del menor Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Importe abonado en concepto de licencia por adopción: _____

Fecha de licencia, desde: _____ hasta: _____

Documentación

- 1 Resolución judicial de otorgamiento de la guarda del/la menor con fines de adopción.
- 2 Recibos de sueldo con el detalle de los períodos en los cuales se haya liquidado la licencia, y los correspondientes a los últimos 6 meses anteriores a la fecha de inicio de goce de licencia.

BENEFICIOS POR PATERNIDAD, ADOPCIÓN Y CUIDADOS DE FAMILIAR

ACLARACIÓN:

FIRMA DEL ADMINISTRADOR:

FORMA DE COBRO

Banco: Cuenta: CA CC N°:

Titular:

CBU N°[1]: _____

[1] Adjuntar impresión comprobante CBU emitido por Bancos (cajero/homebanking).

Denominación de la Cuenta:

Declaro que el importe objeto del presente siniestro me corresponde en mi carácter de Beneficiario, en concepto de indemnización total y definitiva según la aplicación de las condiciones de la Póliza, exonerando a la Compañía de toda responsabilidad ulterior, no teniendo nada más que reclamar por ningún otro concepto.

Calidad bajo la cual se cobra (deberá presentar documentación que lo acredite como tal):

Titular interés Asegurado

Declaro que la suma a percibir responde a un interés económico lícito y será destinada exclusivamente para afrontar las obligaciones emergentes de la Ley de Contrato de Trabajo.

POR APLICACIÓN DE LAS POLÍTICAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN DEL FRAUDE Y LAVADO DE ACTIVOS CONTENIDAS EN LA RESOLUCIÓN SSN N° 38477/2014 Y LEY N° 25.246, SE INFORMA QUE TODAS LAS GESTIONES DE SINIESTROS SON VERIFICADAS POR EL SECTOR ANTIFRAUDE DE LA EMPRESA EDIFICAR SEGUROS S.A.

[!] Las copias certificadas y/o expedidas por órganos o entidades públicas en el interior o exterior del País deberán contar con la legalización de autoridad competente que otorgue validez en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Declaración jurada: Declaro que toda la información vertida en esta Solicitud es completa y hecha de buena fe. Como así también, declaro que toda la documentación remitida en forma digital, es copia fiel del original que guardo en mi poder.

Se le hace saber al denunciante que Edificar Seguros S.A. procederá a solicitar por escrito, en cualquiera de los domicilios constituidos del asegurado o del beneficiario en su caso, la información complementaria necesaria para verificar la ocurrencia del siniestro que por este medio se denuncia y que el mismo se encuentre cubierto, ello de conformidad con lo dispuesto en el Art. 46 Ap. 2° y la documentación acompañada 4° de la Ley de Seguros N° 17.418. Asimismo se hace saber que la recepción del presente no implica aceptación del siniestro, ya que el mismo será evaluado y la compañía se expedirá al respecto una vez agotada la verificación en los plazos que le otorga el Art. 49 de la Ley N° 17.418.

Lugar: Fecha: _____

FIRMA DEL ADMINISTRADOR

ACLARACIÓN FIRMA